令和５年１０月改訂版

# 横須賀市特別給付サービス
# （施設入浴サービス・搬送サービス）

# 申請の手引き

横須賀市　民生局　福祉こども部　介護保険課

# 目　　次

## １　申請方法

（１）申請方法　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
（２）総括表及びサービス利用者一覧表の作成　・・・・・・・・・・・２
（３）申請書の記入方法　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
（４）申請書のまとめ方　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４
（５）申請する月が複数ある場合　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４
（６）申請者に生活保護受給者がいる場合　・・・・・・・・・・・・・・４
（７）申請締切日及び支払日　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４
（８）支給申請の際の注意点（まとめ）　・・・・・・・・・・・・・・・５

## ２　参考資料

・事務概要図
・総括票（記入例）
・申請書（記入例）
・サービス提供票

# 1　申請方法

## （1）申請方法

特別給付事業者は、利用者から支給申請書を受理し、申請に必要な事項を記入の上、月を単位として当該特別給付サービスを行った日の属する月の翌月 10 日（その日が閉庁日の場合にあっては、その日後で最も近い開庁日。以下、「申請締切日」という。）までに次の書類を市に提出してください。

【提出書類】

| |
|---|
| ①　横須賀市介護保険特別給付費総括表（第 10 号の１様式） |
| ②　サービス利用者一覧表（第 10 号の２様式） |
| ③　介護保険特別給付費支給申請書（第 11 号様式） |
| ④　サービス提供票の写し |

※　平成 29 年度の要領改正より、支給申請時に領収書の提出を求めておりません。しかし、特別給付サービスは、当該サービスに要した費用の９～７割を支給するものであり、指定事業者は利用者から利用者負担の支払いを受けなければなりません。

利用者負担の支払方法として金融機関の口座振替等を採用しているため、支給申請時点では利用者負担の領収が完了していない場合であっても、市役所に給付費を申請することはできます。その場合には、市役所に申請後に必ず利用者負担分の支払いを受け、利用者に領収書を交付してください（生活保護受給者を除く）。

特別給付サービス提供後、９～７割分の支払いを受けたにもかかわらず、相当期間当該サービスに係る利用者負担の支払いを受けず、領収書を交付していない等の事案については指定基準違反とみなします。

制度の趣旨を踏まえ、適正な支給申請事務の履行についてご理解、ご協力いただきますようお願いいたします。

## （2）総括表及びサービス利用者一覧表の作成

申請書をまとめ、**被保険者番号順**に並べ替えた後、事業所の申請内訳を記載した特別給付費総括票とサービス利用者一覧表を作成してください。**特別給付費総括表は利用者の負担割合ごとに件数や人数等を集計**し、記載してください。

申請者の中に**新規申請者**がいる場合は、**サービス利用者一覧の届出書の欄に「○」**をつけ、該当者が誰かわかるようにしてください。

## （３）申請書の記入方法

### ①　申請書の記入

申請書は、２枚（両面刷り可）です。該当するサービス内容に「○」を記入し、該当する申請月、被保険者番号、被保険者氏名、生年月日、住所、支払金額、申請欄（被保険者）、受取人欄（特別給付事業者）、振込口座欄、給付明細欄に必要事項を記入してください。搬送サービスの透析患者等で明細欄が足りない場合は、欄を追加したり別紙で給付明細を作成したりする等、適宜ご対応をお願いします。

申請書の作成にあたっては、申請者が直接記入することを基本とします。ただし、身体状況等により記入することが困難な場合等は、家族または事業者等による代筆やワード等で申請書に氏名等を印字した申請書を使用することも可とします。なお、代筆や印字の場合は、申請者の押印が必要です。

### ②　申請書の申請日

申請書は、サービス提供月ごとに作成してください。申請金額は、当該月分の全てのサービス提供後に集計された金額で申請することになりますので、申請書の作成は当該月のサービス提供日以降に行われることが望ましいと思われます。

例えば、申請日が月の上旬で、申請日以降に当該月のサービス提供が予定されている場合には、申請日時点の金額はあくまで予定であり、その後にサービスのキャンセルや追加等が発生する可能性がありえます。これでは、申請者が当該月分の正確な申請金額を把握した上で申請しているとはいえない状態と考えられますので、ご注意ください。

### ③　サービス利用の予定が変更した場合

特別給付サービスは、居宅サービス計画の記載に基づいてサービス提供が行われるものです。利用者の希望等により、サービス利用の予定を変更する場合は、必要に応じてケアマネジャーから変更後のサービス提供票の交付を受け予定を確認してください。なお、キャンセル等により回数が減る場合や曜日の振替等による変更で回数に変更がない場合は、サービス提供票を差し替える必要はありません。

しかし、当初予定していたサービスの回数が増える場合は、ケアマネジャーから、新たな予定が追加された変更後のサービス提供票の交付を受け、予定を確認してください。

### ④　申請者が死亡した場合

申請前に申請者が死亡した場合は、申請日が被保険者本人のご存命であった日付が記入されているか注意してください。別途相続人による申立書等の提出は不要です。

## （４）申請書のまとめ方

申請書は、申請者１人ごとに、「特別給付費支給申請書」と「サービス提供票」の順にまとめてください。

また、申請者が２名以上で複数いる場合は、**被保険者番号順**に並べてください。

## （５）申請する月が複数ある場合

特別給付サービスの申請は、申請締切日までに行う必要があります。しかし、やむを得ず、期日までに申請が行えなかった場合などで、１度に複数のサービス提供月分の申請を行う場合は、**各月分の提出書類一式**を用意し、市に提出してください。

## （６）申請者に生活保護受給者がいる場合

生活保護受給者は、自己負担分を市で負担します。そのため、生活保護受給者で市負担分が発生する場合は、９割の保険請求分の申請とは別に**市負担分（自己負担分）に関する申請書（当該月の総括表と該当者分の申請書等の書類一式）**を、もう１セット用意し、同時に申請してください。

市負担分として用意する申請書等は原本のコピーでも構いませんが、申請書に自署（氏名を印字した申請書の場合には氏名の印字の傍らに押印してください。）は必要です。市負担分の書類は保険請求分の際にまとめて添付し提出してください。

なお、保険請求分と市負担分は別々に支給決定が行われます。

## （７）申請締切日及び支払日

申請締切日：サービス提供月の翌月 10 日
※10 日が閉庁日の場合にあっては、その日後で最も近い開庁日

支　払　日：申請した翌月の 10 日
※10 日が閉庁日の場合にあっては、その日前の最も近い開庁日

やむを得ず申請が申請締切日に間に合わなかった場合は、翌月以降に受付を行います。なお、支払いは遅れて申請した月の翌月 10 日（10 日が閉庁日の場合は、その日前のもっとも近い開庁日）に支給されます。

# （８）支給申請の際の注意点（まとめ）

○　特別給付サービス費支給申請（提出）に際しては、各月、申請者ごとに提出してください。

○　１人（１申請書）ごとに、「特別給付費支給申請書」、「サービス提供票（兼居宅サービス計画）（写）」の順にまとめてください。
※「特別給付支給申請書」の「給付明細欄」は必ずご記入下さい。

○　申請書記載の金額を訂正した場合は、間違った金額を二重線で訂正してください。

○　申請書は**被保険者番号順**にまとめ、各月ごとに総括票をつけ、クリップなどで留めてください。総括票裏面のサービス利用者一覧表には、当該月のサービス利用者分の被保険者氏名等を**被保険者番号順**に記入してください。

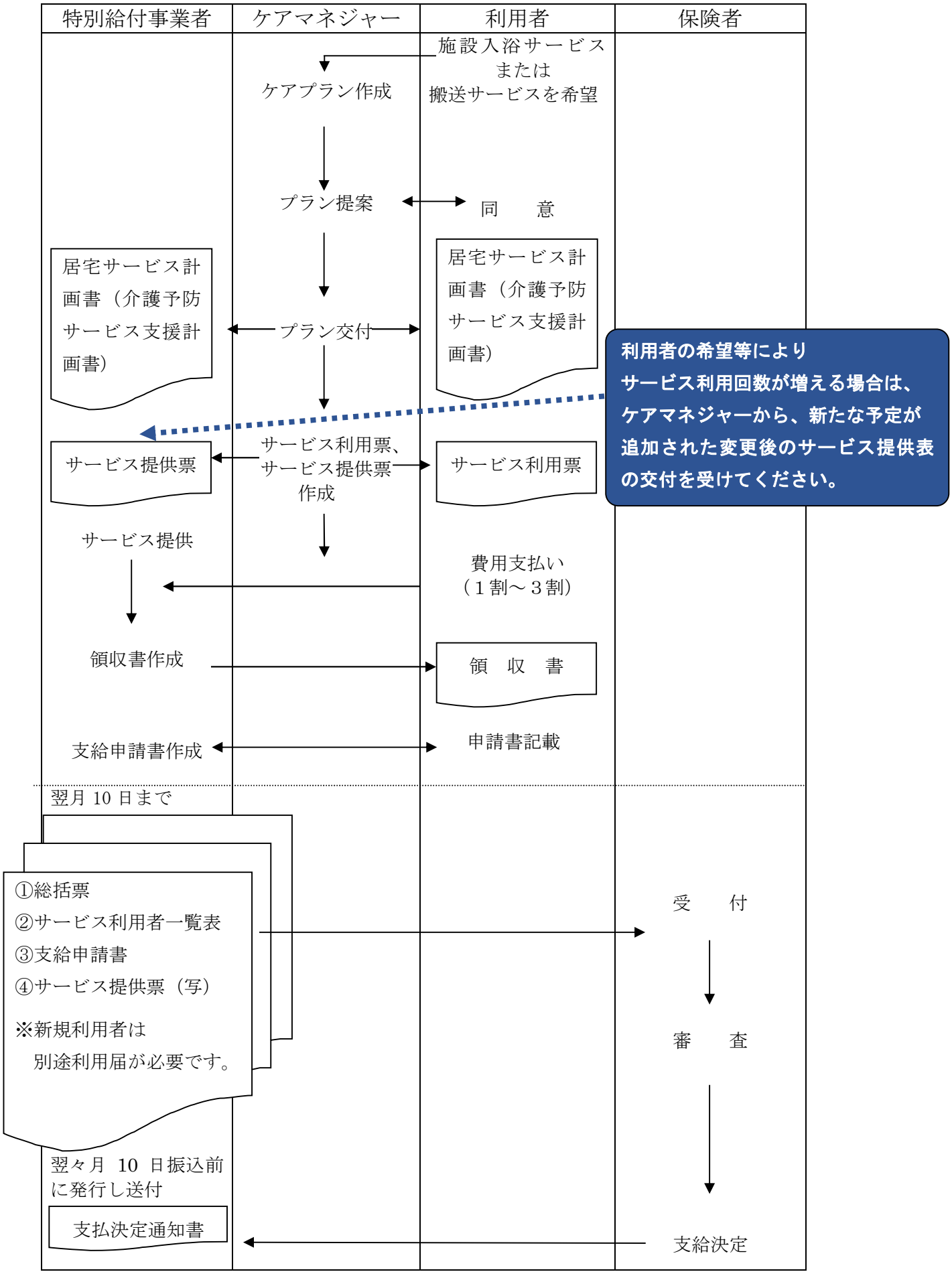
○　市負担分（生活保護受給者）が発生する場合は、その当該月の総括票（コピー可）と申請書一式を**２部**用意してください。

○　保険請求分と市負担分は、別々に支払われます。

○　サービス提供月の翌月 10 日（10 日が閉庁の場合は直後の開庁日）までに提出をお願いします。翌々月の 10 日（10 日が閉庁の場合の直前の開庁日）に支払いを行います。
　申請が申請締切日に間に合わない場合は、遅れて申請した月の翌月 10 日（10 日が閉庁の場合の直前の開庁日）に支払いを行います。

○　利用者から利用者負担の支払いを受け、利用者に領収書を交付してください。（生活保護受給者を除く）
　特別給付サービス提供後、９～７割分の支払いを受けたにもかかわらず、相当期間当該サービスに係る利用者負担の支払いを受けず、領収書を交付していない等の事案については指定基準違反とみなしますのでご注意ください。

＜事務概要図＞


特別給付事業者
ケアマネジャー
利用者
保険者
施設入浴サービス
または
搬送サービスを希望
ケアプラン作成
プラン提案
同　　意
居宅サービス計画書（介護予防サービス支援計画書）
プラン交付
居宅サービス計画書（介護予防サービス支援計画書）
利用者の希望等により
サービス利用回数が増える場合は、
ケアマネジャーから、新たな予定が
追加された変更後のサービス提供表
の交付を受けてください。
サービス提供票
サービス利用票、
サービス提供票
作成
サービス利用票
サービス提供
費用支払い
（１割～３割）
領収書作成
領　収　書
支給申請書作成
申請書記載
翌月 10 日まで
①総括票
②サービス利用者一覧表
③支給申請書
④サービス提供票（写）
※新規利用者は
別途利用届が必要です。
受　　付
審　　査
翌々月 10 日振込前
に発行し送付
支払決定通知書
支給決定

第 10 号の１様式（第６条第２項関係）

**記入例**

**市負担分**

市負担分がある場合は、
総括票をはじめとする申請書類
一式に市負担分と記載のうえ
提出してください。

# 横須賀市介護保険特別給付費総括票

（令和　　年　　月分）

サービス提供年月
をご記入ください

令和　　年　　月　　日

**横 須 賀 市 長**　様

下 記 の と お り 請 求 し ま す 。

| 区　分 | サ ー ビ ス 費 用 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 費用合計 | 負担割合 | 件　数（人　数） | 保険請求額 | | 利用者負担額 | | 市負担額（10%分） |
| 搬　送 | A | 1割 | 件（　人） | 90% | b 1 | 10% | c 1 | D |
| | | 2割 | 件（　人） | 80% | b 2 | 20% | c 2 | |
| | | 3割 | 件（　人） | 70% | b 3 | 30% | c 3 | |
| | | 計 | 件（　人） | B | | C | | D |

総費用（100%）を
記入（A）=（B）+（C）+（D）

B＝ｂ１＋ｂ２＋ｂ３

C＝ｃ１＋ｃ２＋ｃ３

生活保護受給者の
公費負担分を記入
ない場合は斜線

@2,120 円×12 件（3 人）
@3,710 円×20 件（5 人）
@4,770 円×16 件（2 人）

搬送サービスは
欄外に単価ごとの
件数・人数を記入

| | | |
|---|---|---|
| 事 業 所 番 号 | | |
| 請 求 事 業 所 | 名　称 | |
| | 所在地 | |
| | 連絡先 | |

新規利用者やサービス内容に
変更がある利用者は、
〇印をつけて届出書を添付

# サービス利用者一覧表

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者番号順に記載

| | 届出書 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 事務処理欄 | | 届出書 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 事務処理欄 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | 26 | | | | |
| 2 | | | | | 27 | | | | |
| 3 | | | | | 28 | | | | |
| 4 | | | | | 29 | | | | |
| 5 | | | | | 30 | | | | |
| 6 | | | | | 31 | | | | |
| 7 | | | | | 32 | | | | |
| 8 | | | | | 33 | | | | |
| 9 | | | | | 34 | | | | |
| 10 | | | | | 35 | | | | |
| 11 | | | | | 36 | | | | |
| 12 | | | | | 37 | | | | |
| 13 | | | | | 38 | | | | |
| 14 | | | | | 39 | | | | |
| 15 | | | | | 40 | | | | |
| 16 | | | | | 41 | | | | |
| 17 | | | | | 42 | | | | |
| 18 | | | | | 43 | | | | |
| 19 | | | | | 44 | | | | |
| 20 | | | | | 45 | | | | |
| 21 | | | | | 46 | | | | |
| 22 | | | | | 47 | | | | |
| 23 | | | | | 48 | | | | |
| 24 | | | | | 49 | | | | |
| 25 | | | | | 50 | | | | |

生活保護受給者（市負担）はここに「市負担」と記入してください

市負担分

生活保護受給者の場合は記入

# 記入例

## 横須賀市介護保険特別給付費支給申請書（受領委任用）

（令和 5 年 9 月分）

| サービス内容（該当に○） | 施設入浴 | 搬送サービス | 被保険者番号 |
|---|---|---|---|
| | | ○ | 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 |

| 公費負担者番号 | 公費受給者番号 |
|---|---|
| 1 2 1 4 × × × × | 0 0 0 0 × × × |

| | |
|---|---|
| フリガナ<br>被保険者氏名 | ヨコスカ　タロウ<br>横須賀太郎 |
| 生年月日 | 明・大・(昭)<br>12年　8月　25日 |
| 住所 | 〒238－8550<br>横須賀市小川町11番地<br>電話番号　046－822－8253 |
| 支払金額（10割分） | ￥　１６，９６０ |

横須賀市長

上記のとおり横須賀市介護保険特別給付費の支給申請をします。
また、当該申請及び給付金の受領を下記の者に委任します。

該当する提供月の最終サービス提供日以降の日付で記入してください

令和 5 年 10 月 10 日

申請者（兼受領委任者）
住所　横須賀市小川町100×
氏名　横須賀　太郎

自署又は記名押印

電話番号　046－822－4000

| | |
|---|---|
| 受取人の住所<br>事業者名<br>代表者名 | 事業者番号　1 2 3 4 5 6 7 8 9 0<br>＜住　所＞<br>横須賀市小川町１１<br>＜事業者名＞<br>介護搬送サービス事業所<br>＜代表者氏名＞<br>横須賀　一郎　　電話番号　８２２－８２５３ |

生活保護受給者（市負担）がある場合は２枚作成（コピー可）してください。

| 必要書類<br>確認欄 | □サービス提供票（写） |
|---|---|

| 振込口座欄 | 金融機関名 | | | | 本・支店名 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 横須賀銀行 | | | | 本店 | | | | | | | | | | |
| | 金融機関コード | | | | 本・支店コード | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| | 9 | 9 | 9 | 9 | 0 | 0 | 1 | 普　通<br>当　座 | 1 | 2 | 3 | × | × | × | × |
| | フリガナ<br>口座名義人 | | | | ｶｲｺﾞﾊﾝｿｳｻｰﾋﾞｽｼﾞｷﾞｮｳｼｮﾀﾞｲﾋｮｳﾖｺｽｶｲﾁﾛｳ<br>介護搬送サービス事業所<br>代表　横須賀　一郎 | | | | | | | | | | |

| 給付明細欄 | サービス種類 | 日付 | サービス単価 | 保険分 | 自己負担分 | 市負担分 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 搬　送 | 1 | 2,120 | 1,908 | 212 | |
| | 搬　送 | 1 | 2,120 | 1,908 | 212 | |
| | 搬　送 | 5 | 2,120 | 1,908 | 212 | |
| | 搬　送 | 5 | 2,120 | 1,908 | 212 | |
| | 搬　送 | 10 | 2,120 | 1,908 | 212 | |
| | 搬　送 | 10 | 2,120 | 1,908 | 212 | |
| | 搬　送 | 18 | 2,120 | 1,908 | 212 | |
| | 搬　送 | 18 | 2,120 | 1,908 | 212 | |
| | 計 | | | 15,264 | 1,696 | |

## 事 務 処 理 欄

| 区　　分 | 保険料納付状況 | 備　　考 |
|---|---|---|
| 1．一般<br>2．支払方法の変更<br>3．給付額減額 | 未納保険料<br>有・無<br>滞納保険料<br>有・無 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 給　付　率 | 9割・8割・7割 | 要支援（1・2）<br>要介護（1・2・3・4・5） |
| | 保険請求額 | | 認　定　有　効　期　間 |
| | 利用者負担額 | | 年　月　日　～　年　月　日 |

認定済・申請中

# 令和５年９月分　サービス提供票

居宅介護支援事業者→サービス事業

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 1 4 0 0 x x | 保険者名 | ○○市 | 居宅介護支援事業者事業所名 担当者名 | ○○ケアセンター△△事業所 電話番号XXXX-XXX-XXXX ○○　×× | 作成年月日 | 令和 ５年８月26日 |
| 被保険者番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 | フリガナ 被保険者氏名 | ○○　○○ | 保険者確認印 | | 届出年月日 | 令和 年 月 日 |
| 生年月日 | 明・大・昭 12年 3月 5日 | 性別 | 男・女 | 要介護状態区分 | 経 支1 支2 1 2 ③ 4 5 | | |
| | | | | 変更後要介護状態区分変更日 | 経 支1 支2 1 2 3 4 5 令和 年 月 日 | | |
| 区分支給限度基準額 | ２６９３１単位／月 | 限度額適用期間 | 令和 5年 4月から 令和 6年 3月まで | 前月までの短期入所利用日数 | 0 日 | | |

| 提供時間帯 | サービス内容 | サービス事業者 | 日付 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 合計回数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 曜日 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | |
| | | | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １３：３０～ １５：３０ | 特別給付 施設入浴サービス | ＡＡＡ施設 | 予定 | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | 4 |
| | | | 実績 | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | | 4 |
| | | | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ９：３０～ ９：５９ | 通院等乗降介助 | ＢＢＢ事業所 | 予定 | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 5 |
| | | | 実績 | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 5 |
| １１：３０～ １１：５９ | 通院等乗降介助 | ＢＢＢ事業所 | 予定 | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 5 |
| | | | 実績 | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 5 |
| 9:30～ 9:39 | 特別給付@3710 搬送サービス | ＢＢＢ事業所 | 予定 | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 5 |
| | | | 実績 | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | | | | | 1 | 6 |
| 11:50～ 11:59 | 特別給付@3710 搬送サービス | ＢＢＢ事業所 | 予定 | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 5 |
| | | | 実績 | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | | | | | 1 | 6 |
| | | | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**施設入浴のみ利用の場合**

**通院等乗降介助と特別給付を組み合わせて利用の場合**

**【お願い】**
**利用者の希望等により**
**サービス利用回数が増える場合は、速やかにケアマネジャーから、**
**変更後のサービス提供表の交付を受けてください。**